

LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS Y SUS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS Y PSICOTERAPÉUTICAS

por EDELMIRA DOMÉNECH LLABERIA

Universidad Autónoma de Barcelona

Introducción

Las relaciones entre padres e hijos son muy importantes para el normal desarrollo psicológico, la formación de una personalidad sana y la adaptación social. Los cambios de la sociedad actual han sido tan rápidos e intensos que la distancia entre generaciones se ha agrandado, dificultando la comunicación y el diálogo entre la generación de los padres y la de los hijos. Por otro lado, la influencia de los medios de comunicación ha sido enorme. Actualmente los adolescentes, e incluso los niños antes de la pubertad, están más influidos por los «mass media» que por sus propios progenitores.

Sin embargo, la relación paterno-filial es insustituible para conseguir que la personalidad evolucione de una forma armoniosa y bien estructurada. Por esta razón es imprescindible que los padres asuman su función de educadores y dispongan de un buen clima para la formación de los más pequeños de la sociedad.

Todos los niños esperan recibir de sus padres un amor incondicional que les proteja y les proporcione seguridad. Esto supone por parte de los padres, una gran tolerancia respecto del temperamento del niño, cualquiera que éste sea, y una cierta capacidad para valorar los aspectos positivos de cada hijo, aceptando sin reservas sus limitaciones y siempre tratando al niño real, sin nostalgia del hijo «perfecto», por otra parte inexistente, en el que muchos padres sueñan.

Este amor incondicional de los padres y la aceptación del niño tal y como es, hacen que éste se sienta por sí mismo querido y que se establezcan entre padres e hijos unas relaciones que hacen sentirse más seguros a unos y a otros. Cuando se ama a un hijo con reservas («le quiero mucho, pero si sacara mejores notas...», o «si se comportara de otra manera...», o «si fuera menos introvertido», o «menos celoso», etc.), el niño va perdiendo la confianza que tenía en sus padres, empieza a ocultar cosas, quizás a mentir y a sentirse culpable de no ser como sus padres querrían que fuese. Así se va fraguando una desconfianza mutua entre los padres y el hijo que puede acabar destruyendo completamente la relación entre ambos.

Pero este amor hacia el hijo no siempre es suficiente. Es imprescindible además conocer cómo es el hijo, cuáles son sus necesidades, sus competencias y sus posibilidades de forma que la relación con él se establezca desde un principio siguiendo unas normas y unos objetivos concretos. Para ello es necesario tener un conocimiento de los factores que configuran la interacción materno y paternofilial.

De otra parte, la relación padres-hijos debe poder evolucionar adaptándose a las diferentes etapas por las que atraviesa un muchacho antes de llegar a ser una persona adulta. Cuando el niño llega a la pubertad, esta relación experimenta una profunda transformación de forma que pueda satisfacer las necesidades del adolescente y no sucumbir ante las múltiples influencias externas que con tanta frecuencia provocan roturas en su interacción con la familia.

1. Vínculo, apego e interacción

Disponemos de dos términos muy similares para referirnos a lo mismo: el vínculo o «bonding» y el apego o «attachment». Algunos autores los usan como sinónimos. Los que no los consideran sinónimos suelen atribuir al concepto de apego un sentido más restrictivo, limitándolo al lazo filial del niño con su madre.

En 1959 Bowlby empleó el término «attachment» para denominar el lazo afectivo del niño con la madre. Desde entonces se han dado muchas definiciones de la palabra apego, que varían de acuerdo al modelo teórico que subyace a la definición.

En todos ellos el término apego indica siempre una relación afectuosa que perdura en el tiempo y que se manifiesta en forma de unas determinadas pautas de conducta. Más tarde, el propio Bowlby amplió el término aplicándolo a otras figuras que no eran la madre, como la relación entre el niño y el padre o el lazo que une a los esposos.

Aquí me referiré exclusivamente al lazo entre el niño y la madre y lo consideraré desde una perspectiva bidireccional que es la que va implícita en el término interacción. Ello significa que tanto se considera el apego del niño a la madre o filiomaterno como el apego de la madre hacia el niño o maternofilial. Creo que la conducta de apego forma parte de un sistema interaccional complejo en el que el temperamento, las competencias y la conducta del bebé influyen en la madre y a su vez el comportamiento materno modifica la conducta del bebé, instaurándose un diálogo entre ambos. Las características de este diálogo son más que la suma de sus elementos (Cramer, 1982). A partir de aquí se puede hablar de estilos interactivos, de distorsiones interactivas, y de interacciones de riesgo. Para su estudio conviene observar las secuencias en el tiempo de las conductas de la diada formada por el niño y la madre.

Los conceptos de apego, vínculo e interacción son constructos hipotéticos que son útiles para entender los fenómenos que ocurren en el inicio del desarrollo humano y también para interpretar comportamientos patológicos ulteriores.

2. La interacción de la madre con su hijo recién nacido

Los modelos de interacción entre los padres y los hijos han despertado el interés de antropólogos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas. Dentro de estas relaciones paternofiliales la interacción de la madre con el niño en las primeras etapas del desarrollo ha sido probablemente lo que ha suscitado más dedicación y controversia por la importancia que puede tener en la formación de la personalidad futura.

Hasta llegar a la década de los años sesenta, el recién nacido había sido considerado casi siempre a lo largo de este siglo como un ser pasivo con una vida casi exclusivamente fisiológica. Se llegó a pensar que los recién nacidos no oían ni veían ni podían iniciar ningún tipo de relación.

El interés por los aspectos psicológicos de los niños muy pequeños se inició en los años veinte, a raíz de los trabajos de Freud y de Watson, quienes, partiendo de dos puntos de vista muy distintos, no obstante, coincidieron en remarcar la importancia de las primeras etapas del desarrollo para la futura salud mental del individuo. El niño seguía considerándose un ser pasivo y era la madre la única responsable del despertar psicológico de su hijo. En la relación madre-hijo, éste no hacía nada; todo dependía de su madre. Cuando las cosas marchaban mal, la madre tenía toda la culpa; así fue como a las pobres y sufridas madres se las culpó, muchas veces sin motivo, no sólo de la privación afectiva sino también

—lo que es del todo injusto— del autismo infantil y de las psicopatías. Esta atribución decisiva a la madre en el primer desarrollo infantil se mantuvo sin modificaciones sustanciales durante medio siglo y en gran manera marcó la forma de criar a los pequeños durante tres generaciones.

Llegó un momento, ya entrando en los años setenta, en que varió el concepto de niño recién nacido. Empezó entonces a descubrirse que el neonato era un ser activo, dotado de unas aptitudes a las que se denominó «competencias». El niño era capaz de reaccionar a la estimulación sensorial externa; podía oír, mirar y reconocer muy precozmente a la madre por el olfato. Podía además iniciar aprendizajes y jugar un papel activo en la relación que establecía con la madre. Margaret Mead denominó metafóricamente este fenómeno «psychological birth of the human infant» (1975). Hoy se considera que el recién nacido es un «partenaire» (Brazelton, 1983b) en esa interacción, y que no es sólo la madre quien influye sobre el neonato, sino también el recién nacido influye sobre la conducta materna. Esta bidireccionalidad de los intercambios es fundamental para entender la comunicación entre una madre y un recién nacido.

Hacia la misma época, aparecieron los trabajos de Klaus y Kennell sobre el vínculo madre-hijo en el neonato, comunicaciones que culminaron en una conocida e influyente publicación en 1976. A partir de entonces el tema de la interacción materno-filial en esta etapa precoz ha originado un considerable número de trabajos. La etapa actual en la investigación de la interacción entre el neonato y su madre puede considerarse que arranca de las formulaciones de Klaus y Kennell, si bien desde entonces las ideas han experimentado un giro significativo. Por este motivo partiré de la hipótesis de Klaus y Kennell.

a) *El contacto físico entre el niño y la madre en las primeras horas: la aportación de Klaus y Kennell*

Varios autores (Klaus y Kennell, 1976; de Chateau, 1976, etc.) formularon la hipótesis de que los acontecimientos que ocurrían inmediatamente después de nacer ejercían una influencia primordial sobre la conducta de la madre y, por consiguiente, sobre el ulterior comportamiento del niño.

Dentro de estos acontecimientos, que se sitúan en una etapa inmediatamente posterior al parto, Klaus y Kennell hicieron especial hincapié en el contacto físico madre-hijo durante las primeras horas después del nacimiento. Este tiempo de contacto inicial constituiría un elemento muy importante que afectaría a las características de la futura conducta materna con su hijo. El incremento del tiempo de contacto intensificaría las conductas maternas positivas y disminuiría los problemas de las madres en relación al cuidado y desarrollo del niño.

Según esto, en las primeras horas de vida, habría un período sensible, durante el cual la madre establecería unos lazos afectivos con el niño, que serían más intensos que en cualquier otro momento. La interrupción de este proceso desencadenaría, a corto y largo plazo, comportamientos negativos, de índole diversa, tales como conductas de rechazo o incluso de maltrato.

Para explicar esta hipótesis sus autores apelaron a la existencia de una base hormonal. Los cambios hormonales durante el embarazo y el parto capacitarían biológicamente a la madre para vincularse afectivamente con el recién nacido. Esta hipótesis se vio apoyada por algunos estudios de psicología aplicada en roedores y ungulados.

La hipótesis de Klaus y Kennell apareció en un momento en que la sociedad americana ya estaba sensibilizada frente a la forma deshumanizada de atender el embarazo y el parto. El niño nacía mediante una intervención física, en una clínica aséptica, como culminación de una enfermedad de nueve meses y el pequeño era arrancado de la madre e inmediatamente colocado en un lugar separado. Este tipo de actuación pondría a la madre en una situación de riesgo en tanto que madre y educadora de su hijo.

¿Qué hay de cierto en todo ello? ¿Por qué el contacto durante las primeras horas y días modifica la conducta de la madre? ¿A qué se debe este hecho? ¿Es el contacto durante la primera hora de vida tan significativo o más que un período de contacto mayor durante el segundo y el tercer día? No disponemos para esto de explicaciones concretas. Pero debe tenerse en cuenta que de ser cierta la hipótesis de Klaus y Kennell el actual sistema de atención al parto en los grandes hospitales de las ciudades modernas podría ser perjudicial para la interacción del niño con la madre y su desarrollo ulterior.

b) Después de la aportación de Klaus y Kennell

Han transcurrido más de quince años desde la publicación de la obra de Klaus y Kennell. Sus autores han matizado su postura inicial, después de la lluvia de trabajos publicados en pro y en contra de aquella teoría. En 1983 ya señalaban que la conducta materna postnatal está determinada por factores muy diversos y que había muchas dificultades para determinar si se daba o no un período sensible en la madre, durante las primeras horas y días después del nacimiento, que pudiera ser de especial importancia para el establecimiento del vínculo. Ese mismo año Lourie (1983) y Lamb (1983) publicaron excelentes revisiones de la teoría de Klaus y Kennell. Pero, de cualquier forma, la psicología clínica infantil y la pedagogía tienen una deuda contraída con Klaus y Kennell por haber insistido en

la importancia de las primeras relaciones y de la continuada interacción entre madre e hijo.

De la teoría de Klaus y Kennell se deriva un tipo de intervención que consiste en incrementar el tiempo de contacto físico entre la madre y el neonato en el postparto. Se realizaron diversos estudios comparando los niños que recibían un contacto suplementario con los que no lo habían recibido. Las intervenciones variaban según el momento inicial del contacto y el tiempo total del contacto suplementario que podía oscilar de quince minutos a dieciséis horas, la situación en la que se realizaba la intervención (amamantamiento, manipulación táctil del niño, etc.), el lugar físico en el que se llevaba a cabo (sala de partos, habitación individual...), etc.

El resultado de las intervenciones con contacto suplementario fueron evaluadas a través de la observación directa del recién nacido con la madre en distintas situaciones y con cuestionarios que debían contestar las madres. La mayoría de los estudios realizados han apoyado la hipótesis de que el contacto suplementario influyó positivamente tanto sobre el niño como sobre la madre. Lo que más se incrementó con el contacto suplementario fue la conducta materna de afecto y la duración de la lactancia materna.

Para terminar con la aportación y el impacto de la teoría de Klaus y Kennell, me referiré a un comentario crítico a esta cuestión de Stella Chess y Alexander Thomas (1982), quienes subrayan los beneficios de los trabajos de Klaus y Kennell para humanizar los nacimientos en los grandes hospitales. Sobre la validez de esta teoría concluyeron lo siguiente:

1. Cualquier procedimiento hospitalario que ayude a las madres a sentirse mejor y más capacitadas para cuidar de su bebé ejerce una influencia beneficiosa sobre el vínculo materno-filial.

2. Afirmar que la falta de suficiente contacto ocasiona forzosamente un fallo en la interacción no hace ningún favor a millones de madres y niños que han establecido una buena relación, a pesar de haber sido sometidos al régimen hospitalario de separación después del parto.

3. Cuando el vínculo entre padres e hijos se rompe como en los casos de maltrato o de rechazo, deben buscarse muy diversas causas y no atribuirlo únicamente a un fallo en la interacción precoz.

c) La situación actual de las investigaciones sobre el tema

La investigación de los últimos años respalda la idea de que la cualidad de la interacción tiene poderosos efectos sobre el desarrollo cognitivo y del lenguaje del niño (Bromwich, 1981; Bee et al., 1982; Bromwich, 1990).

Los mecanismos que intervienen en la interacción se ponen en marcha muy pronto. El niño, y no sólo la madre, juega un papel muy importante en el establecimiento de las primeras pautas de interacción (Brazelton et al., 1974; Stern, 1977). Goldberg (1977) señaló que la «competencia social» del neonato contribuye a optimizar la interacción del niño con la persona que lo cuida. El niño de riesgo no suele tener estas aptitudes sociales porque su conducta es más imprevisible, se irrita con facilidad, rechaza la comida o no responde a lo que las madres esperan. En estos casos hay que enseñar a los padres la forma de tratar a estos niños y explicarles que no tienen la culpa de que el niño sea difícil de llevar.

Otro factor que juega un relevante papel en el establecimiento de las primeras relaciones es el temperamento del niño. El «New York Longitudinal Study» (Thomas y Chess, 1977) puso de manifiesto como las características temperamentales (adaptabilidad, respuesta a nuevos estímulos, humor, etc.) influían mucho en la forma en que el adulto reaccionaba con el niño. Los resultados del estudio apoyan la teoría de que la participación de los dos miembros de la diada madre-hijo en los intercambios interactivos constituye un factor relevante en el desarrollo del niño.

En los últimos años se han hecho bastantes progresos en la evaluación de las interacciones con el recién nacido. En 1984 Brazelton publicó la revisión de su escala comportamental para la evaluación del recién nacido (NBAS). Esta nueva versión permite evaluar el comportamiento del recién nacido dentro del contexto dinámico de la interacción entre el niño y la madre o el examinador. Con esta técnica se pueden explorar algunos aspectos del comportamiento interactivo del neonato. Costas *et. al.* (1987) realizó una reagrupación de ítems de la escala. La agrupación denominada «interacción» ha demostrado tener un valor predictivo de la conducta del niño al primer año de vida.

El método que más se utiliza actualmente para el estudio de la relación temprana entre la madre y el hijo es el procedimiento observacional. Se ha llegado a una gran sofisticación en la observación directa del funcionamiento en la diada madre-neonato. Gracias a estas técnicas se han podido analizar secuencias interactivas cuya repetición o redundancia acaban configurando ciertos modelos de funcionamiento (Missió, 1993).

Los avances en la metodología observacional y el conocimiento cada día mayor de las competencias del neonato normal y patológico han abierto el horizonte de la detección precoz y de la intervención temprana en las formas de interacción distorsionada.

d) Detección precoz de las distorsiones en la interacción

La observación de recién nacidos por parte del clínico entrenado permite detectar perturbaciones muy precoces en la interacción madre-hijo. Por la forma de adaptarse el recién nacido al regazo materno, por el contacto a través de la mirada ya se puede sospechar la existencia de una alteración (Doménech, 1982). Para interpretar correctamente las reacciones del neonato al entorno humano es básico valorar el nivel de conciencia o «estado» en que se encuentra el niño. Prechtl y Beintena (1968) distinguieron seis estados de conciencia en el recién nacido que son los que se siguen empleando actualmente en la valoración comportamental del neonato. Durante el «estado 4» también denominado de «alerta», es cuando el pequeño proporciona respuestas de mayor calidad. En este «estado», un niño de tres días mira a su interlocutor cuando le habla y le brillan los ojos cuando se le estimula.

Un signo de interacción patológica, que nos debe alertar, es la conducta del recién nacido que no consigue en ningún estado responder a los estímulos humanos ni establecer un contacto a través de la mirada. Otros signos serían la pasividad e indiferencia a las relaciones interpersonales, la adaptación tónico-postural deficitaria y la falta de disposición para dejarse consolar por las caricias de las madres. Otro grupo de signos que debe ponernos en guardia son los que detectamos en el comportamiento de las madres con el niño, cuando, por ejemplo, en la situación de amamantar al bebé una madre no consigue adaptar las maniobras de estimulación al ritmo de succión del niño. En este caso concreto hemos podido observar cómo el pequeño acaba rechazando el pecho, rompiendo a llorar y cortando bruscamente el intercambio con la madre. Ésta y otras conductas alteradas han podido detectarse observando a madres amamantando a sus bebés de pocos días (Missió et al., 1992). Este ejemplo demuestra cómo la observación directa de una situación natural constituye un procedimiento oportuno para examinar la influencia que cada miembro de la diada madre-neonato ejerce sobre el otro.

La detección temprana de las dificultades relacionales puede hacerse por observación del funcionamiento de la diada desde los primeros momentos después de nacer el niño. Las pautas de interacción se instauran muy pronto. Molénat (1984) habla de un código relacional entre los padres y los hijos que se pondría en marcha en el momento del nacimiento. Esto pone de manifiesto la capacidad de respuesta de las madres a las necesidades expresadas por los bebés. La precocidad en la aparición de estas dificultades de interacción hace de las clínicas maternas un lugar idóneo para su detección y para las primeras actuaciones terapéuticas.

e) *Intervención temprana en las alteraciones de la interacción padres-niño*

La detección temprana de estas dificultades permite intervenir muy pronto y prevenir de esta forma ciertas dificultades en las futuras relaciones. La intervención precoz tiene interés porque, cuando se produce una alteración al principio de la interacción, el niño adopta pautas de comportamiento que pueden resultar muy incómodas para la madre. El efecto negativo de estas conductas en el niño puede generar a su vez comportamientos inadecuados en la madre, los cuales a menudo favorecen los comportamientos no deseados en los niños. De esta forma se inicia una situación repetitiva que puede acabar siendo patológica.

Hay diversas formas de intervenir en las distorsiones de la interacción con el recién nacido. Una que ha sido empleada es la demostración de las habilidades del niño en presencia de las madres. Los padres suelen quedar muy sorprendidos cuando descubren todo lo que es capaz de hacer su recién nacido. Es muy frecuente que el padre, más que la madre, nos diga que todos los neonatos le parecen iguales. Sin embargo, cada niño desde un principio tiene unas características diferenciales que le hacen ser distinto a cualquier otro. Brazelton (1983) ha señalado lo útil que es su escala para hacer descubrir a los padres las capacidades de su neonato y optimizar así la interacción precoz.

Jeliu (1991) considera que esta intervención debería realizarse en todos los niños con riesgo, especialmente con los de bajo peso, los prematuros, los hijos de madres adolescentes o los que tienen riesgo de padecer algún trastorno orgánico. Para ello ha elaborado una forma de intervención que sirviéndose de un vídeo trata de informar a la madre sobre las capacidades del niño, al que presenta como un «partenaire» social.

Se han estudiado los efectos positivos de este tipo de intervenciones sobre la interacción a largo plazo y se ha podido observar que su efecto era superior al obtenido con técnicas de consejo sin demostración (Belsky, 1985).

De otra parte, Kaye (1986) ha propuesto un modelo de intervención para aplicarlo en el contexto hospitalario con los niños de alto riesgo. Se trata de un programa individualizado que, además de prolongar la estancia hospitalaria, evalúa las competencias de las interacciones, proporciona información a las madres y adapta a cada caso las estrategias para la manipulación que son oportunas. La aplicación de este programa requiere un adiestramiento previo de los profesionales del centro.

Es aconsejable añadir a este tipo de intervención la práctica del «rooming in», que facilita el estrecho contacto de la madre con el bebé y puede

potenciar en la mujer la necesidad de sentirse madre. Este efecto es especialmente importante en las madres muy jóvenes.

3. *La interacción entre el lactante y su madre*

a) *La vinculación afectiva del lactante*

Los representantes del modelo estructuralista evolutivo (Lourie, 1983; Greenspan y Porges, 1984, etc.), describieron un estadio que va de los dos a los siete meses, al que denominaron con el término de «attachment» que corresponde a la etapa en la que el niño normal establece un particular vínculo emocional con la madre o substituta. Esta vinculación se acompaña de un interés por esa persona en concreto, que adquiere una importancia primordial en la vida del niño. El niño la mira, le sonríe, pide que le coja en brazos y responde al contacto con esta persona a través de diversas modalidades sensoriales. Una vez que se ha establecido el vínculo afectivo con la madre, si ésta se marcha y le deja en un lugar que le es desconocido, el niño se altera. Esto sucede especialmente con niños entre uno y tres años de edad.

Entre los seis y los ocho meses el lactante debe discriminar claramente entre la madre y los extraños. El miedo a las personas no conocidas disminuye en presencia de la madre. La vinculación afectiva con la madre es la que proporciona seguridad al niño, permitiéndole explorar situaciones nuevas. Se demostró hace unos años que, cuando las madres eran más sensibles a las necesidades de sus hijos, el vínculo del niño con la madre era de mejor calidad y que estos niños lloraban menos cuando las madres tenían que dejarles algunas horas. Cuando un hijo se separa de su madre durante dos o tres semanas, el niño puede formar nuevos vínculos con las personas que le cuidan; pero la calidad del nuevo vínculo no es la misma. El concepto de vínculo va unido al de una cierta selectividad. Puede hablarse también de una jerarquía en los vínculos afectivos y de una figura principal en la vinculación afectiva.

De otra parte, a partir de los tres meses de edad, el lactante es capaz de interactuar intencionadamente, respondiendo a la sonrisa y a la voz humana. Y no solamente responde, sino que también es capaz de tomar la iniciativa de comunicarse cuando, por ejemplo, coge un objeto para jugar con otra persona. Estas conductas de toma de iniciativas se incrementan mucho a partir de los nueve meses. Precisamente, esta etapa entre los nueve y los dieciocho meses ha sido catalogada como la etapa de la organización de las conductas y de capacidad de iniciativa, según el modelo estructuralista evolutivo en psicopatología.

b) *Una comunicación verbal madre-lactante*

Entre los diecisiete y los treinta meses los niños adquieren la capacidad de representación simbólica y hacen grandes progresos en la adquisición del lenguaje. A partir de entonces el niño comienza a disponer del lenguaje oral para relacionarse. El retraso en la evolución del lenguaje es una importante manifestación de ciertos trastornos en la interacción con los demás.

El lenguaje preverbal del lactante es también un vehículo de comunicación. Hacia el final del primer año los niños disponen de repertorio muy amplio de señales para expresar sus estados emocionales de alegría, sorpresa, interés, tristeza, enfado, malestar..., etc. En esta etapa también son capaces de interpretar y utilizar los estados emocionales de los demás.

Pero aunque sea posible la comunicación emocional sin lenguaje, antes de su adquisición, la comunicación preverbal está limitada a sólo situaciones momentáneas. La adquisición del lenguaje oral permite a los niños hablar de sus estados emocionales, como se ha demostrado en un estudio longitudinal realizado en niños, a partir de los 18 meses (Dunn et al., 1987). Éste y otros estudios han puesto de manifiesto que a los dos años de edad la mayoría de los niños comunican a sus madres los estados emocionales que ellos mismos han experimentado o que han captado en otras personas. A los 24 meses, las niñas, que suelen tener un mayor desarrollo verbal, referían con mayor frecuencia sus estados emocionales que los niños (Dunn et al., 1987).

c) *Consecuencias de las alteraciones en la interacción entre el lactante y la madre*

En casi todas las escasas clasificaciones de que disponemos, en la psicopatología del lactante se incluye como categoría diagnóstica a las alteraciones del apego y de la interacción. Me referiré a continuación a la que me parece más completa (Kreiser, 1984) por ser una clasificación multiaxial que emplea cuatro ejes. El eje dos de esta clasificación se ocupa, precisamente, de los trastornos de la interacción.

Kreiser considera que el funcionamiento interactivo es el preludio del funcionamiento mental, ya que antes de los seis meses la inmadurez del psiquismo y el desconocimiento de sus estructuras mentales, hacen que no dispongamos de otro medio para el abordaje de la mente infantil.

Las tres principales categorías en la patología de la interacción, según Kreiser, son la insuficiencia, la sobrecarga y la incoherencia. La insuficiencia corresponde a la carencia afectiva y a la falta de estimulación y

acontece cuando se da un vacío relacional. Estas carencias fueron estudiadas muy bien por Spitz (1957). Otras formas no tan graves como la depresión anaclítica de Spitz las encontramos hoy en algunos niños hospitalizados, en bebés que varían mucho de cuidadores y en una forma más ambigua a la que se ha denominado «hospitalismo intrafamiliar». Esta insuficiencia relacional puede deberse también a deficiencias interactivas por parte del niño.

No es normal que un lactante rechace el contacto humano o muestre desinterés por su madre permaneciendo con la mirada ausente o con una cierta rigidez en el contacto físico.

Tampoco son normales las excesivas manifestaciones comportamentales de signo contrario, es decir, la del niño que exige estar siempre en brazos, incluso para dormirse, o que está siempre pegado a una persona mayor. Este comportamiento puede ser indicio de una carencia afectiva o bien de un estado de ansiedad.

Debe considerarse patológico el niño que a pesar de demostrar mucho interés por las personas no hace ninguna diferenciación entre su madre y las personas extrañas. Un caso extremo de ausencia de ansiedad ante los extraños es el cuadro clínico descrito por Kreisler (1984,b) como «comportamiento vacío», en niños entre 18 meses y tres años de edad. Estos niños no tienen capacidad para expresar sus emociones y son indiferentes al dolor. Su comportamiento recuerda más al muñeco de cera que al niño de verdad.

Tampoco es normal que las respuestas a las señales del adulto sean intermitentes. Tal es el caso del niño que responde, por ejemplo, a la sonrisa y no a la voz de su madre, o al contrario. Sería más grave que el niño no respondiera ni a la sonrisa ni a la voz de su madre e ignorara totalmente a la persona que le cuida.

Dentro de la patología por exceso de excitación se encuentra el caso del lactante que constantemente reclama atención, no para de iniciar conductas comunicativas, no quiere estar solo ni un momento y hace pataletas siempre que la madre no responde de inmediato a sus constantes demandas de que le hagan caso. Este niño desespera a los padres, lo que provoca que éstos reaccionen de forma inadecuada. Se trata de lactantes intranquilos que se mueven mucho, reclaman una constante atención, no soportan que se les lleve la contraria y cuando son algo más mayores acostumbran a ser insensibles al castigo. Tienen también frecuentes trastornos del sueño, llegando a crearse un círculo vicioso entre las conductas inadecuadas del niño y de la madre.

Este círculo vicioso de conductas inadecuadas puede generar a largo plazo consecuencias negativas como dificultades en las futuras relaciones,

trastornos de personalidad, alteraciones emocionales, conflictos neuróticos y un deficiente desarrollo moral. Una revisión más amplia de este tema puede encontrarse en la obra de Sameroff y Emde (1989).

4. La interacción entre el niño y la madre en la etapa anterior a la pubertad

a) El modelo interactivo de Bromwich (1981)

Este modelo forma parte del «UCLA infant studies project» (Bromwich, 1981), un proyecto elaborado para obtener el óptimo desarrollo y bienestar de los niños. Me refiero a él porque presta mucha atención a la cualidad de la interacción del niño con la madre. Uno de sus objetivos consiste en conseguir que las interacciones entre los niños y sus madres sean satisfactorias y agradables para ambos.

Siempre he considerado esencial que una madre lo pase muy bien cuando está con su hijo y se lo haga pasar también bien a su hijo. No importa tanto el tiempo que una madre pueda estar al lado de su hijo o hija, como lo gratificante que este tiempo resulte para los dos. Es casi imposible que dos personas se sientan bien, una al lado de la otra, y que no exista comunicación entre ellas.

La primera condición para que la interacción sea gratificante es que el encuentro sea relajado y sin prisas. No se puede estar con un niño y tener la cabeza en lo que hay que hacer un momento después o en cien cosas más. Hay que saber encontrar una actividad que guste a los dos. No es conveniente jugar con el niño sólo por obligación. Hay muchas actividades que se pueden hacer con los niños en casa, en la calle, en el campo, y que son además placenteras. Es preocupante observar el número de madres que están tensas y lo pasan mal cuando ayudan a sus hijos a hacer los deberes o tratan de conseguir que se asean antes de acostarse. En esas condiciones lo más probable es que únicamente consigan que el niño rechace cada vez más esas actividades.

El hecho de que una relación sea gratificante no significa que no se tenga que exigir al niño. Pero cualquier cosa que se exija al niño debe hacerse dentro de una buena relación afectiva entre el niño y la persona que le pide ese esfuerzo. Se puede exigir mucho a un niño en el ámbito de un buen clima afectivo y de una interacción positiva. Cuando con un niño se adopta una actitud de excesiva tolerancia es porque la madre ignora cómo debe educarle, porque no se ha propuesto hacer tal cosa, porque no se atreve o porque es mala la relación con el niño.

Otra importante condición es conocer muy bien al hijo y valorar todo lo que tiene de positivo. El conocimiento de las personas que están a nuestro lado hace más fácil que las queramos. La experiencia clínica nos demuestra que muchos padres son grandes desconocedores de lo que piensan, sienten y son capaces sus propios hijos. Con mucha frecuencia los padres tienen en sus mentes falsas imágenes de sus hijos, hechas a su medida, muchas de las cuales son resultado de las frustraciones y desilusiones de la idea que se habían formado sobre su hijo.

Además de valorar mejor al hijo, la madre debe valorarse a sí misma y tener confianza en sus cualidades personales como madre y educadora. De lo contrario, estará tensa y angustiada en sus relaciones con el niño y no podrá conseguir una interacción relajada y gratificante. Una sana autoestima permite una mejor percepción de sí mismo y de los demás y suele ir acompañada de conductas mejor adaptadas y más flexibles.

Saber escuchar es muy importante. Es necesario escuchar y comprender, sin agobiar al interlocutor con lo que uno tiene en aquel momento en la cabeza. Y no sólo escuchar, sino también saber intuir lo que el otro necesita o le preocupa. Las madres, y también las educadoras, que son más sensibles para captar lo que el niño necesita son las que protegen mejor a los niños respecto de las situaciones estresantes del entorno. De todos modos, la cualidad de la interacción depende tanto de la madre como del niño. No todo aquí es responsabilidad de los padres. Hay madres que entienden mejor a un hijo que a otro. Es más, pienso que la interacción madre-hijo es diferente cualitativamente en cada hijo.

La experiencia como psiquiatra infantil me ha demostrado que cuanto más están los niños con sus padres, más fácil resulta el trato entre ellos. No me refiero aquí a las horas diarias de permanencia —no somos contrarios al trabajo de la madre fuera del hogar—, sino al hecho de ir con los niños de vacaciones, de excursión, al restaurante o, siempre que sea posible, comer juntos en casa al mediodía. Cuanto menos conviven los niños con los padres, más difícil es soportarlos el rato que están juntos. En esas condiciones llega un momento en que unos son casi unos desconocidos para los otros y entre ellos el diálogo deja de existir. Cuando se rompe este diálogo entre padres e hijos antes de la pubertad, la relación con el adolescente resulta imposible y es muy difícil entender su forma de evolucionar.

b) Obstáculos a la interacción madre-hijo

Comentaré en las líneas que siguen dos formas casi diametralmente opuestas, pero igualmente perturbadoras de una buena interacción: la sobreprotección y la indiferencia.

La sobreprotección suele ir unida a la ansiedad materna. La madre sobreprotege para disminuir su propia ansiedad y sentirse tranquila. A veces la sobreprotección se acompaña de sentimientos de ambivalencia y de culpabilidad.

La conducta excesivamente controladora está relacionada con la sobreprotección. Ésta ahoga al niño y dificulta el que adquiera la necesaria autonomía. La sobreprotección y el riguroso control pueden derivar de las expectativas excesivas puestas en el hijo. La madre se esfuerza por cambiar a su hijo para que responda a lo que de él se espera, haciéndose menos receptiva a las necesidades del muchacho. Cuando el niño se da cuenta de que no puede responder a las expectativas de sus padres, se desanima y se siente fracasado e incómodo en la interacción con ellos.

El extremo contrario es la madre fría o indiferente que no se implica emocionalmente con el hijo. Esta falta de implicación puede deberse a varios motivos, como una excesiva preocupación por otros problemas de su vida, la inmadurez afectiva, la incapacidad para expresar las emociones como consecuencia de otras situaciones vividas en el pasado o a un fuerte egocentrismo. Las madres frías e indiferentes no intentan interaccionar con sus hijos y no se enteran de sus necesidades. Un caso más extremo es el del abandono del niño.

c) Algunas estrategias de intervención psicoterapéutica para optimizar la interacción entre la madre y su hijo

La intervención para mejorar la interacción entre la madre y el niño puede dirigirse directamente a la relación que hay entre ambos, intentando optimizar la cualidad de esos intercambios interactivos, o bien a los apoyos y redes sociales del entorno.

c).1 Intervenciones dirigidas a mejorar la cualidad de la interacción

Dentro de este grupo señalaré las sugeridas por Bromwich (1990), que fue quien propuso el modelo interactivo antes referido y que son las siguientes:

1. Favorecer la confianza de la madre en sí misma. Esta intervención es fundamental en las madres de niños difíciles o deficientes.
2. Concienciar a los padres de la percepción que tienen de sí mismos y de sus hijos. Esta intervención facilita la comprensión del proceso interactivo.
3. Agudizar las capacidades de observación de los padres y enseñarles cómo y qué conductas deben observar.

4. Fomentar el juego de la madre con el niño.
5. Enseñar a los padres a tener un diálogo con el niño y ayudarles a que lo consigan. Es conveniente enseñarles, por ejemplo, a mirar al niño a la cara, hacer pausas cuando le hablan, evitar la sobreestimulación, estar muy atentos a los primeros signos vocales que el niño pronuncia, etc.
6. Aconsejar el uso de técnicas de resolución de problemas y comentar con ellos cómo las han utilizado.

c).2 El manejo de las fuentes de apoyo y estrés en el ámbito de la familia

Dentro de este grupo de intervenciones conviene hacer lo siguiente:

1. Identificar todo lo que pueden ser fuentes de estrés y de apoyo.
2. Establecer una buena relación con el padre y con la madre (o bien con la madre y otra persona que viva con el niño), evitando tensiones en la pareja, lo que también favorece la interacción de la madre con el niño.
3. Favorecer, cuando los hay, la buena relación con los hermanos.

En todas estas intervenciones hay que evitar culpabilizar a la madre, ya que de ello no se desprende ningún beneficio ni para la madre ni para el niño. Es conveniente evitar también responsabilizar a la madre del progreso que haga el niño. Esto debe tenerse muy en cuenta cuando el niño es un deficiente o un autista, puesto que la madre podría desanimarse y la situación empeoraría. En estos casos vale más dar a la madre todo el apoyo humano que se pueda y decirle que también es muy difícil para nosotros, a pesar de ser especialistas en el tema, tratar de conseguir un cambio positivo en estos niños. En estos casos la madre debe saber que estamos de su parte y que no abandonaremos el trabajo.

Cuando la madre es ella misma un factor de riesgo para la interacción, como en el caso de las madres muy deprimidas, de las madres deficientes, de las que son incapaces de demostrar afecto o de las que rechazan abiertamente al niño, hay que conseguir cambiar su actitud, y modificar su comportamiento. En algunos casos esto es muy difícil y las técnicas de intervención tienen un alto porcentaje de fracasos.

Pero siempre hay que intentar resolver las dificultades de la interacción madre-hijo lo más precozmente posible y, en cualquier caso, no esperar a la pubertad, pues en esa etapa no se va a solucionar nada y si no se ha comenzado antes tendremos el efecto contrario.

5. *La interacción de los adolescentes con sus madres*

Insistimos una vez más que la interacción del hijo con sus padres debe ir transformándose con la evolución del niño.

Los cambios psicológicos de la infancia a la adolescencia son muy grandes. La adolescencia es la última etapa por la que pasa el ser humano antes de convertirse plenamente en adulto y constituye una difícil etapa para todos, hijos y padres. Al mismo tiempo que evoluciona el niño a adolescente, los padres siguen también su andadura por las etapas de la vida y deben ser conscientes de su psicología y de sus propios problemas, si quieren hacer frente a los que van a plantear sus hijos durante la nueva etapa. Muchas inseguridades que habían quedado atrás cuando los niños eran pequeños van a reaparecer ahora y tal vez les susciten ansiedad.

La etapa de la adolescencia suele ir acompañada de inestabilidad y de labilidad emocional. Es como si el adolescente dudara entre seguir siendo el niño, que todavía es en parte, y el adulto que quiere llegar a ser. De un lado, necesita todavía de sus padres pero, de otro, quiere librarse de su autoridad, control y protección. Esta situación puede provocar conductas de remordimiento y oposición.

Es importante que los padres evolucionen y cambien las actitudes relacionales que tenían con el hijo, cuando era niño. Deben renunciar a las pautas de interacción que habían establecido con el hijo para dar paso a otras nuevas formas de relacionarse con él. Estas nuevas formas han de ayudar al hijo a responsabilizarse y a liberarse de la tutela de los padres, para de verdad ser personas autónomas. Los padres que saben evolucionar liberan al hijo de sus sentimientos de culpabilidad y disminuyen su inseguridad. En cambio, los que mantienen una actitud controladora y absorbente provocan rechazo, distanciamiento y una mayor inestabilidad.

La madre del adolescente debería colaborar a la formación de la personalidad adulta de su hijo. Pero éste debe vivir sus propias experiencias y aprender de sus propios errores. La experiencia de los padres no le sirve en este caso y hasta puede que la rechace. Los padres no debieran imponerse y ahogar la nascente personalidad. La personalidad del hijo es muy frágil y debe ser respetada. La madre durante esta etapa debe estar muy atenta y tratar de comprender, sin adelantarse ni imponer sus propios criterios e ideas. Pero, al mismo tiempo, debe seguir muy de cerca la evolución de su hijo, evitando por todos los medios posibles que entre ellos se rompa la comunicación.

Los adolescentes suelen discutir mucho, pues al entrar en la etapa del pensamiento abstracto, piensan y se plantean muchas cuestiones. Hay que

estar dispuestos a dialogar muchas horas, si fuera necesario, y a discutir sobre temas teóricos y existenciales. Ésta es una forma apropiada de interacción con el adolescente.

Cambiar la actitud relacional no significa abdicar de la función de madre. No es cuestión de sentirse superado y ceder a todo lo que pide el adolescente. De actuar así, no se le haría ningún favor, porque se le dejaría completamente solo para hacer frente a sus dificultades y fantasías. La ausencia del testimonio materno y paterno, sólo produce inseguridad.

Finalmente, querría referirme a la percepción del adolescente por parte de la madre. Es muy importante para el hijo sentirse valorado y saber que su madre está satisfecha con su conducta y actitud. Son muchos los adolescentes que en la clínica diaria nos dicen que han sido una decepción para sus padres. No dudan del amor de sus padres hacia ellos, pero sí que se sienten muy poco valorados. La generación que hoy se encuentra en la madurez no acostumbra a estar satisfecha de lo que hacen los jóvenes que son sus hijos. Sin embargo, éstos necesitan sentir que personalmente valen y quieren demostrarlo, aunque no siempre lo consigan porque no es fácil encontrar el lugar que les corresponde en la sociedad. Muchos se desaniman antes de conseguirlo. Probablemente, una mayor valoración de los jóvenes, por parte de los adultos, disminuiría la distancia que actualmente existe entre generaciones y facilitaría la interacción entre padres e hijos.

Dirección de la autora: Edelmira Doménech, Departamento de Psicología de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Bellaterra, Barcelona.

Fecha de recepción de la versión definitiva de este artículo: 10.VI.1993.

BIBLIOGRAFÍA

- BECKWITH, L. y COEN, S. E. (1980) Interaction of preterm infants with their caregivers and test performance at age two. En FIELD, T. M.; GOLDBERG, S.; STERN, D. y SOSTEK, A. M. (Eds.) *High risk infants and children: Adult and peer interactions*, pp. 155-178 (New York, Academic Press).
- BOWLBY, J. (1958) The nature of the child's tie to his mother, *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, pp. 350-373.
- BEE, H. L.; BARNARD, K. E.; EYRES, S. J.; GRAY, C. A.; HAMMOND, M. A.; SPIETZ, A. L.; SNYDER, C. y CLARK, B. (1982) Prediction of Q. I. and language skill from perinatal status, child performance, family characteristics and mother-infant interaction, *Child Development*, 53, pp. 1.134-1.156.
- BELSKY, J. (1985) Experimenting with the family in the newborn period, *Child Development*, 56, pp. 407-414.
- BRAZELTON, T. B. (1983b) Le bébé: Partenaire dans l'interaction. En SOULÉ, M. (Dir.) *La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf Bébé?*, pp. 11-27 (París, E.S.F.).

- (1983) Assessment technique for enhancing infant development. En CALL, J. D.; GALENSON, E. y TYSON, R. (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*, pp. 347-362 (New York, Basic Books).
- (1984) Neonatal Behavioural Assessment Scale, *Spastics International Medical Publications* (London: Blackwell, Philadelphia: Lippincott).
- BROMWICH, R. (1990) The interaction approach to early intervention, *Infant Mental Health Journal*, XI: 1, pp. 66-79.
- (1981) *Working with parents and infants: An interactional approach* (Austin, PRO ED).
- DE CHATEAU, P. (1976) The influence of early contact on maternal and infant behavior in primiparae, *Birth and the family Journal*, 4, pp. 149-155.
- CHESS, S. y THOMAS, A. (1982) Infant bonding. Mystique and Reality, *American Journal of Orthopsychiatry*, LII:2, pp. 213-222.
- COSTAS, C. y DOMÈNECH, E. (1987) Análisis de la escala para la evaluación del comportamiento neonatal de T. B. Brazelton; valoración de la conducta del recién nacido de bajo peso, *Evaluación psicológica*, 3, pp. 387-407.
- CRAMER, B. (1982) Interaction réelle, interaction fantasmatique. Réflexions au sujet des thérapies et des observations de nourrissons, *Psychothérapies*, 1, pp. 39-47.
- DOMÈNECH, E. (1982) Signos de alarma en el examen psicológico del neonato, *Anales españoles de pediatría*, XVII: Supl. 14, pp. 131-145.
- DUNN, J.; BRETHERTON, I. y MUNN, P. (1987) Conversations about feeling states between mothers and their young children, *Developmental Psychology*, XXIII:1, pp. 132-139.
- GOLDBERG, S. (1977) Social competence in infancy: A model of parent-infant interaction, *Merrill-Palmer Quarterly*, 23, pp. 163-178.
- GREENSPAN, S. (1984) A clinical approach to the diagnosis of psychopathology in infancy and early childhood: a Brief Screening Guide, *Clinical Proceedings*, 40, pp. 8-36.
- GREENSPAN, S. y PORGES, S. (1984) Psychopathology in infancy and early childhood: clinical perspectives on the organization of sensory and affective-thematic experience, *Child Development*, 55, pp. 49-70.
- JELIU, G. (1991) La psychologie: tournant de la pédiatrie? Témoignage de la prise en compte dans una politique de prévention, *Les cahiers de l'Afrée*, 1, pp. 7-27.
- KAYE, K. (1986) La vida mental y social del bebé. Cómo los padres crean personas (Barcelona, Paidós).
- KLAUS, M. y KENNEL, J. (1976) *Maternal infant bonding* (St. Louis, C. V. Mosby Company).
- (1983) *Bonding. The beginnings of parent-infant attachment* (St-Louis, C.V. Mosby Company).
- LAMB, M. (1983) Early mother-neonate contact and the motherchild relationship, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, XXIV:3, pp. 487-494.
- LOURIE, R. (1983) Introductory comments to Kennell, J. and Klaus, M.: Early events: later effects on the infant. En *Frontiers of Infant Psychiatry* (New York, Basic Books).
- KREISLER, L. (1984) Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge. Propositions nosographiques nouvelles, *Confrontations psychiatriques*, 24.
- MAHLER, M. S.; PINE, F. y BERGMAN, A. (1975) *The psychological birth of the human infant* (New York, Basic Books).
- MISSIO, M. (1993) *Observación de la comunicación entre el recién nacido y su madre* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología de la Salud).

- MISSIO, M.; ROMERO, L.; COSTAS, C.; BOTET, F.; DEULOFFIU, P. y DOMÉNECH, E. (1992) Etude de l'ajustement des compétences de la mère et de son nouveau-né en situation d'allaitement au sein, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, XL:2, pp. 100-116.
- MOLÉNAT, F. C. (1984) Prévention précoce des troubles de développement à partir d'une maternité hospitalière, *Prévenir*, 10, pp. 13-21.
- PRECHTL, H. F. R. y BEINTENA, J. (1968) The neurological examination of the full-term newborn infant, *Clinics in Developmental Medicine*, 28.
- SAMEROFF, A. J. y EMDE, R. N. (1989) *Relationship disturbances in early childhood* (New York, Basic Books).
- SPIITZ, R. A. (1957) *No and Yes: On the genesis of human communication* (New York, International Universities Press).
- STERN, D. (1977) *The first relationship* (Cambridge, Harvard University Press).
- THOMAS, A. y CHESS, S. (1977) *Temperament and development* (New York, Bruner/Mazel).

SUMMARY: CHILDREN INTERACTION AND THEIR PSYCOPATHOLOGICAL AND PSYCHOTHERAPEUTICAL CONSEQUENCES.

This paper underlines the importance of the relationships between parents and offspring in the development of a healthy and well-adjusted personality. 1. This paper explores the changes in the relationship between mother and son throughout the latter's development (newborn, infant, preschooler, schooler and adolescent). There is an emphasis made in the need of a progressive evolution in this relationship. 2. This paper analyzes some of the requirements needed to achieve a healthy interaction, such as good acceptance of the child, listening capacity... and makes a reference to Bromwich's interactive model. 3. This paper points out the main obstacles in the relationship mother-son to be: maternal overprotection, affective indifference and incapacity to express emotions. 4. This paper studies relationship distortions between parents and offspring, as well as the consequences of these on the individual. 5. This paper also suggests several intervention techniques to improve the quality of the interactions, underlining the diversity of methods, according to the different stages of development.

KEY WORDS: Mother-child interaction. Bromwich interactive model. Relationship distortions.